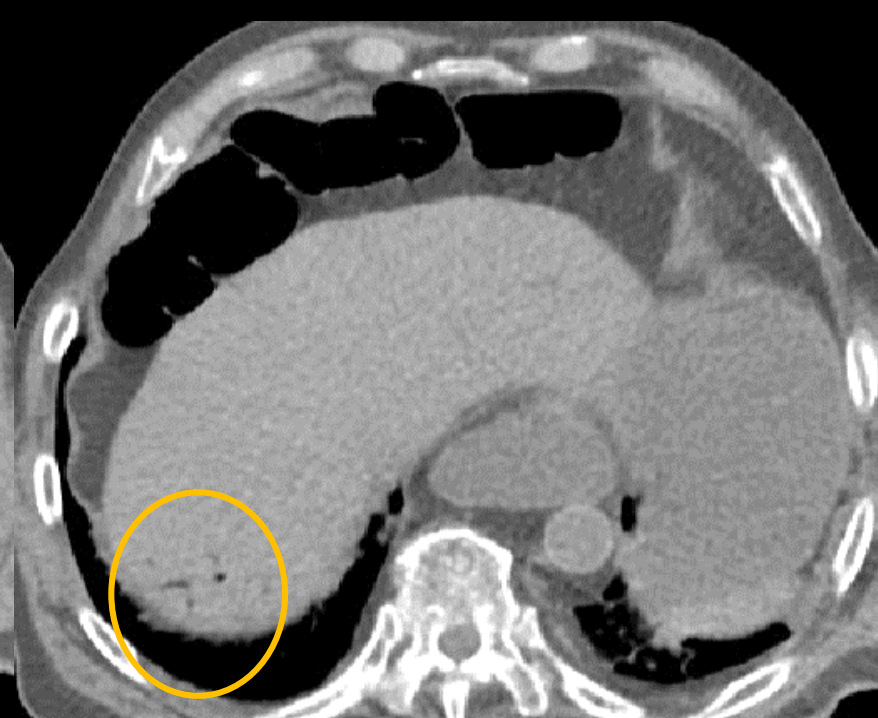
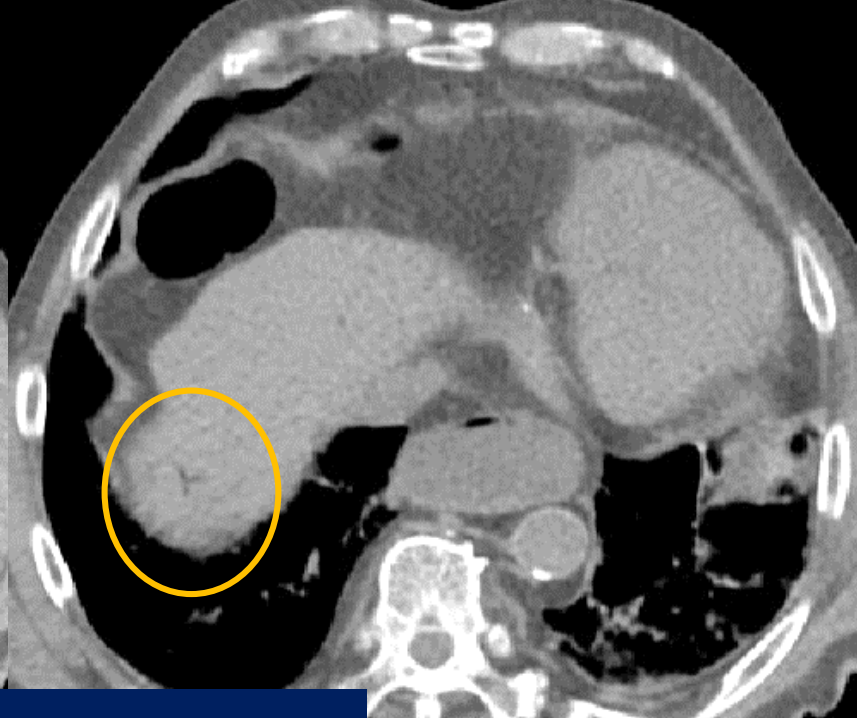
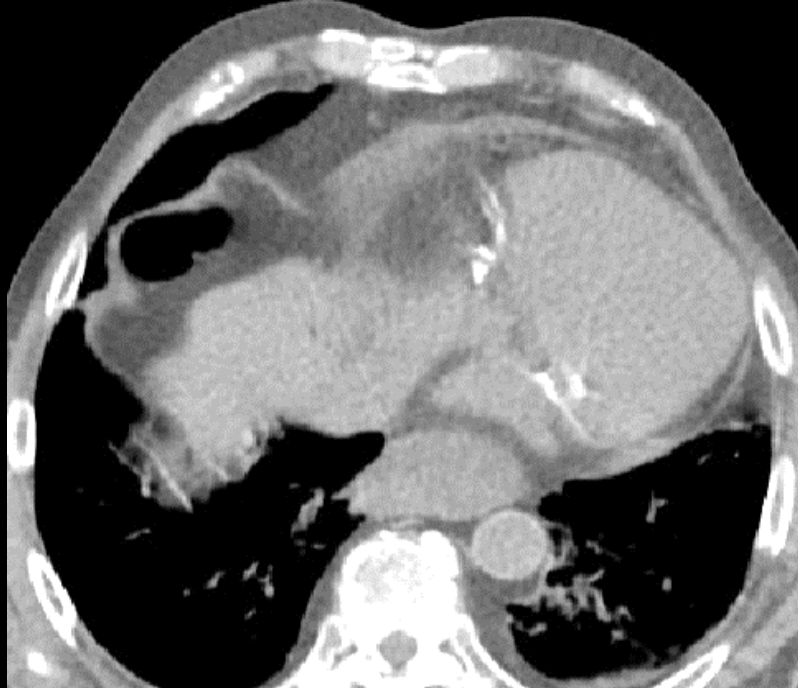
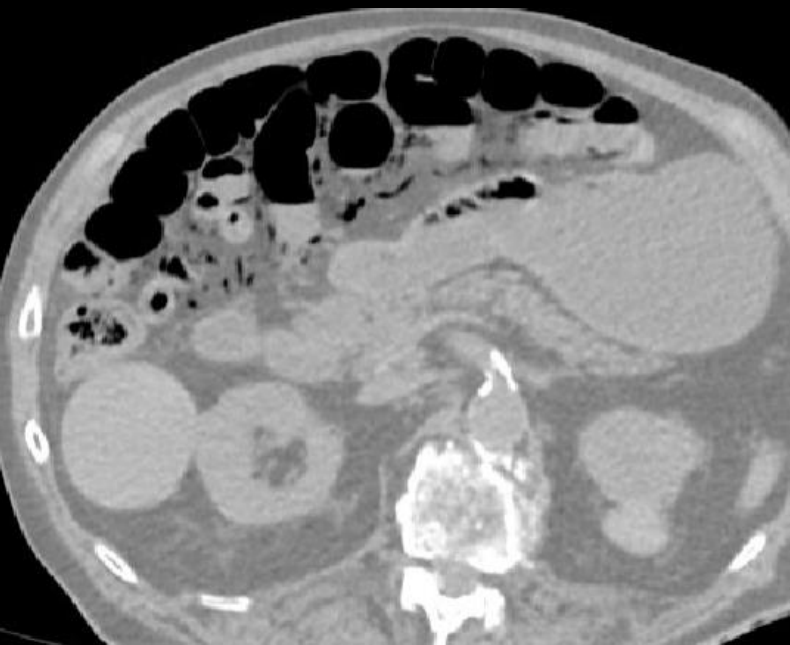
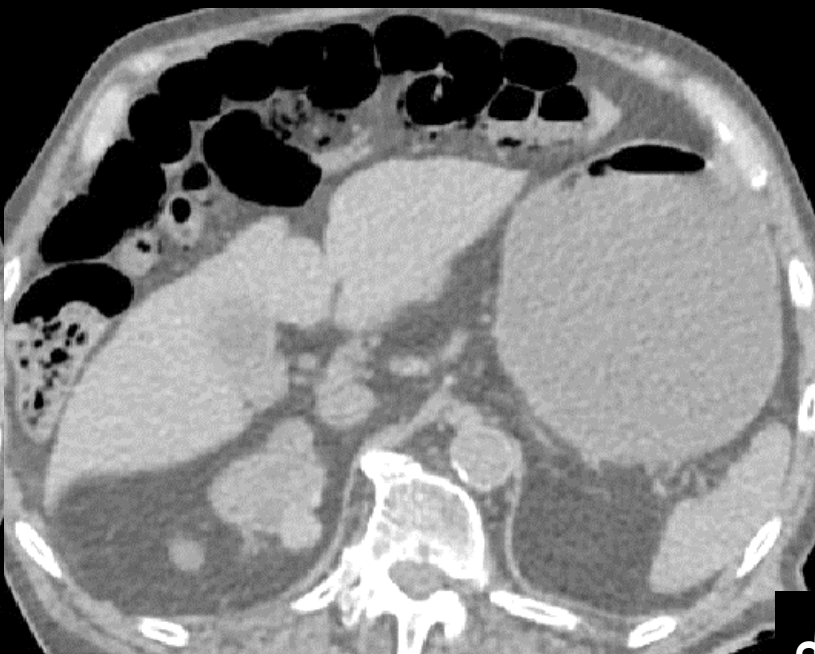




obs. Dr Yves Ranchoup groupe radiologique du Mail Grenoble



homme 89 ans, antécédents
alcoolo-tabagiques BPCO
Syndrome douloureux abdominal
aigu sans signes patents de gravité.
Lactatémie normale. Présence
d'une **aéroportie intra-hépatique**
minime limitée au segment VII



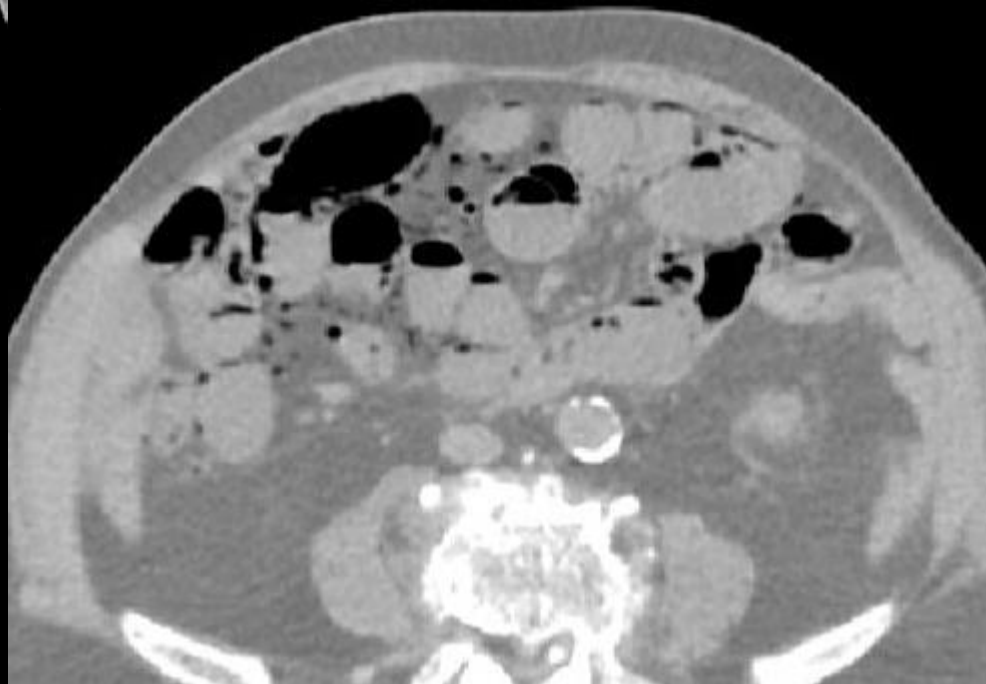
distension liquide de l'estomac; hernie
hiatale par glissement foie
dysmorphique à contours réguliers

multiples kystes rénaux

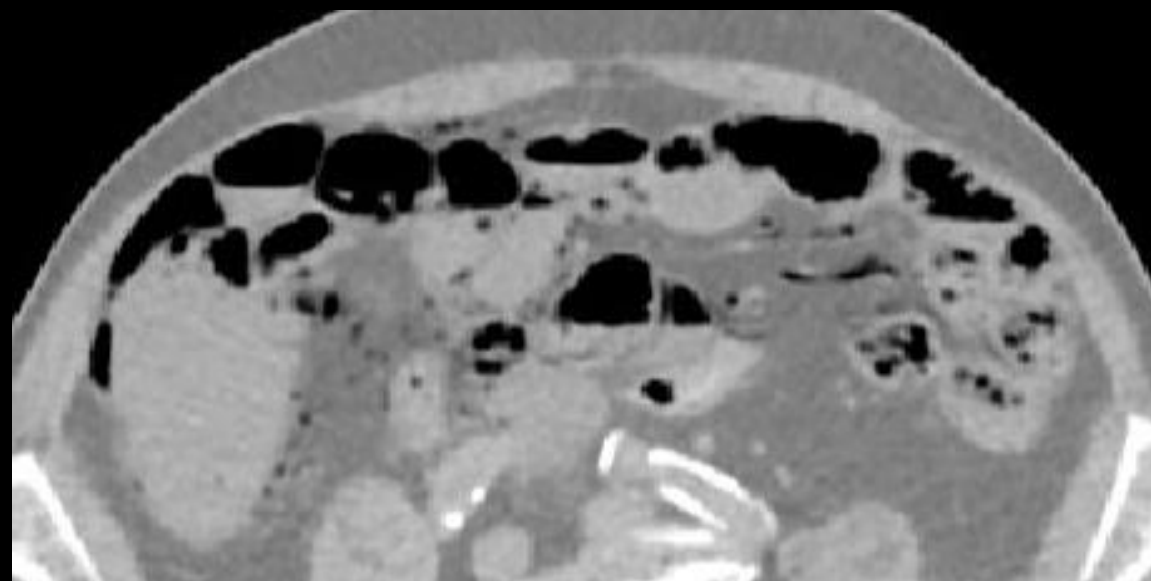
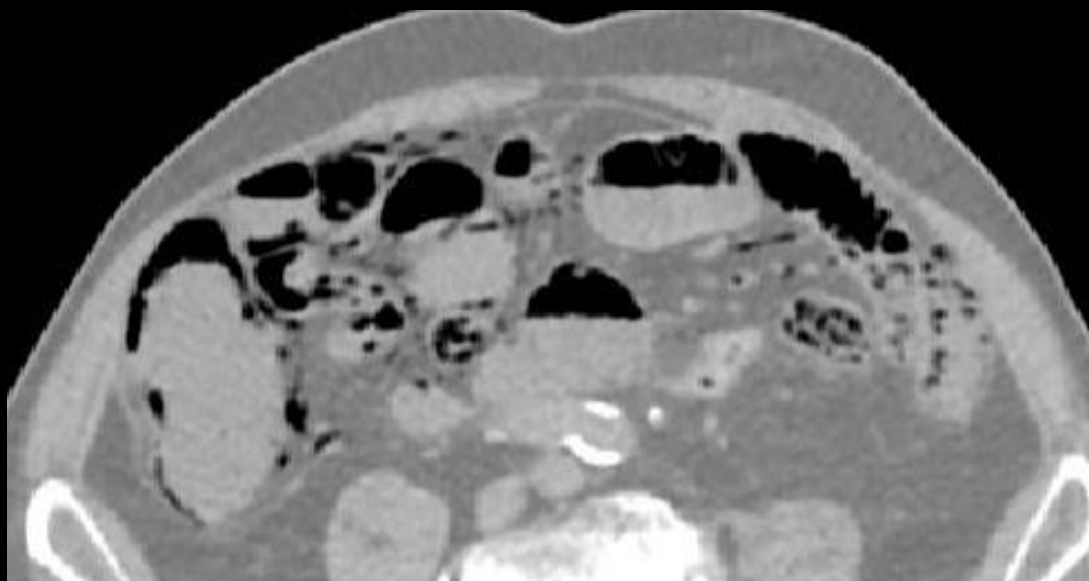
gaz dans les veinules mésentériques
distales **mais** pas de gaz dans l'axe
veineux mésentérico-portal



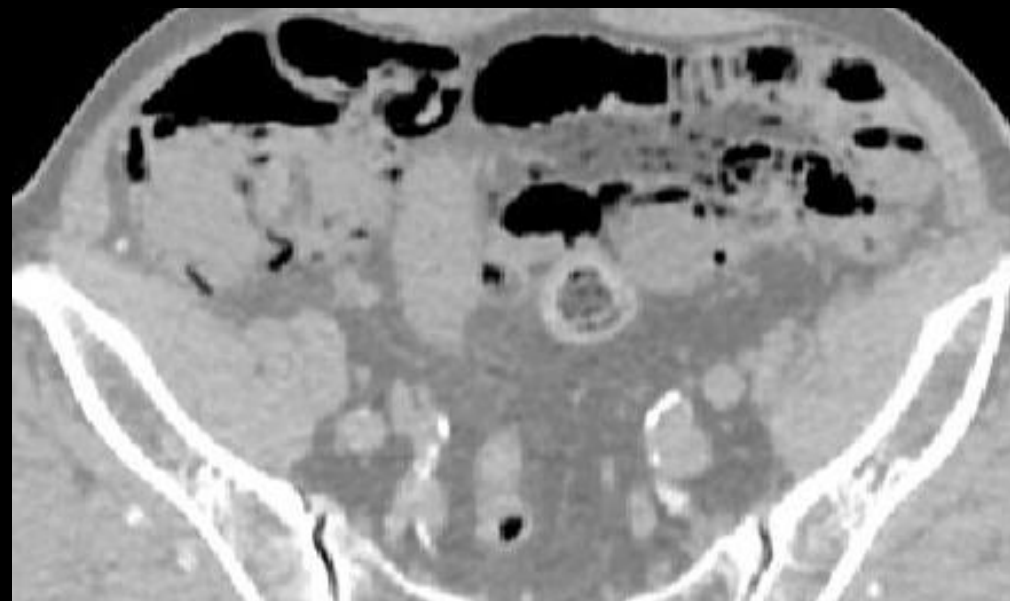
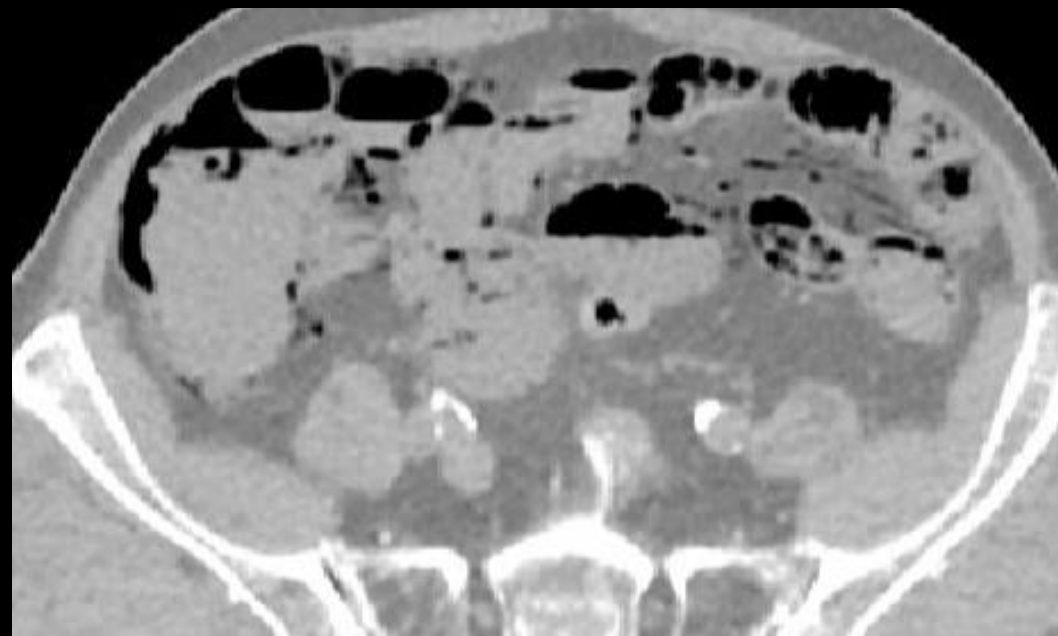
pneumatose
pariétale du grêle
distal, de type
kystique

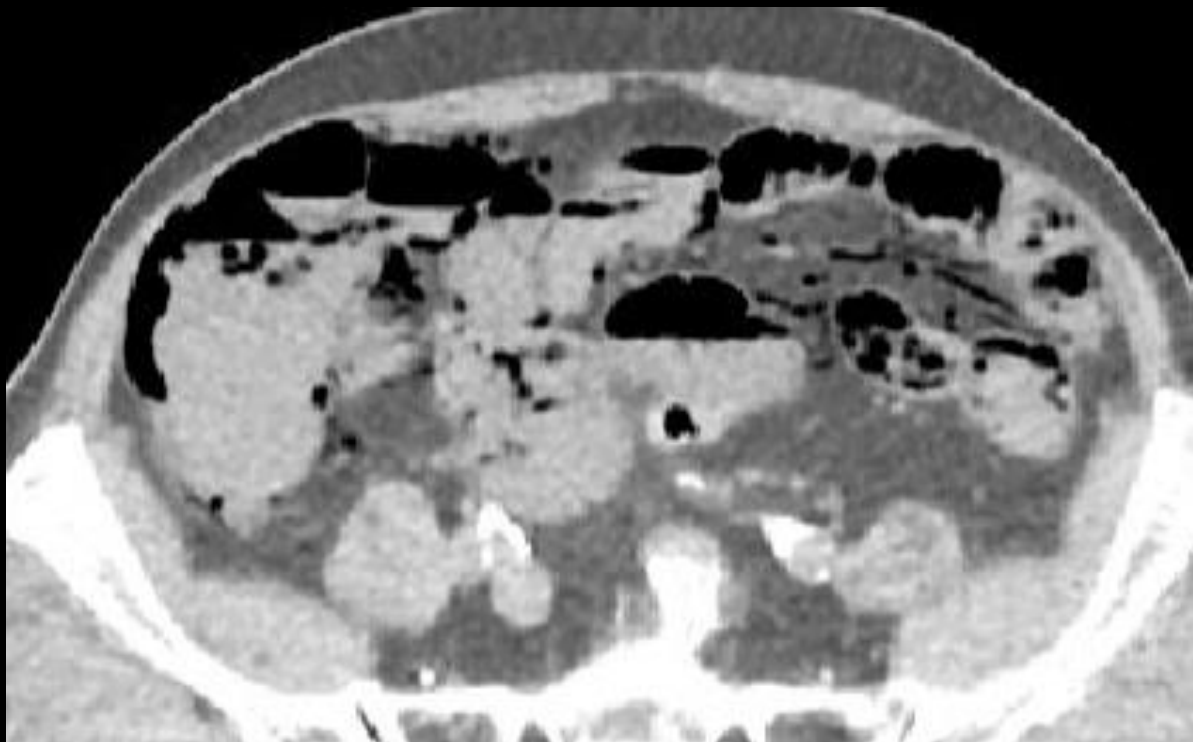


aéromésentérie
veinulaire distale



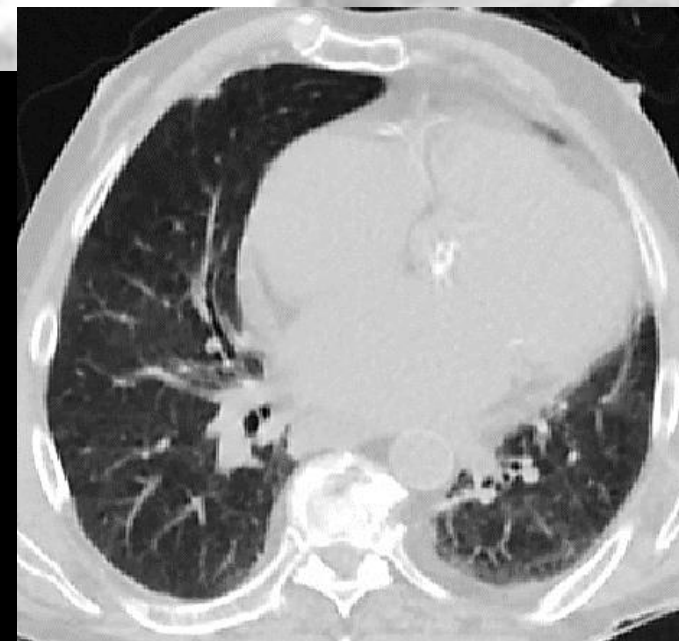
**pneumatose kystique de la paroi du caeco-ascendant; gaz dans les lumières veineuses
mésentériques périphériques**





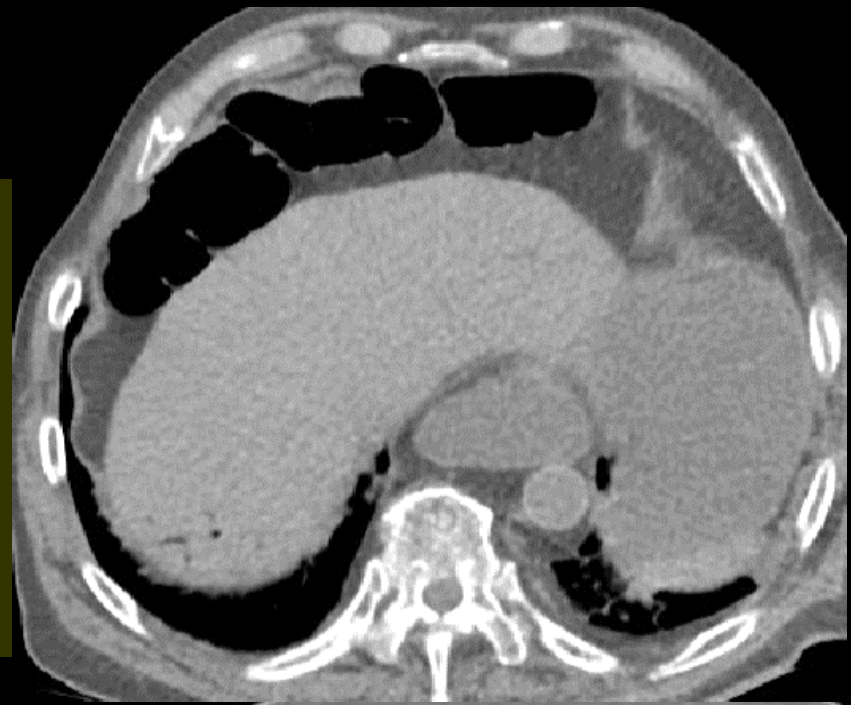
pneumatose kystique de la paroi du caeco-ascendant; gaz dans les lumières veineuses mésentériques périphériques

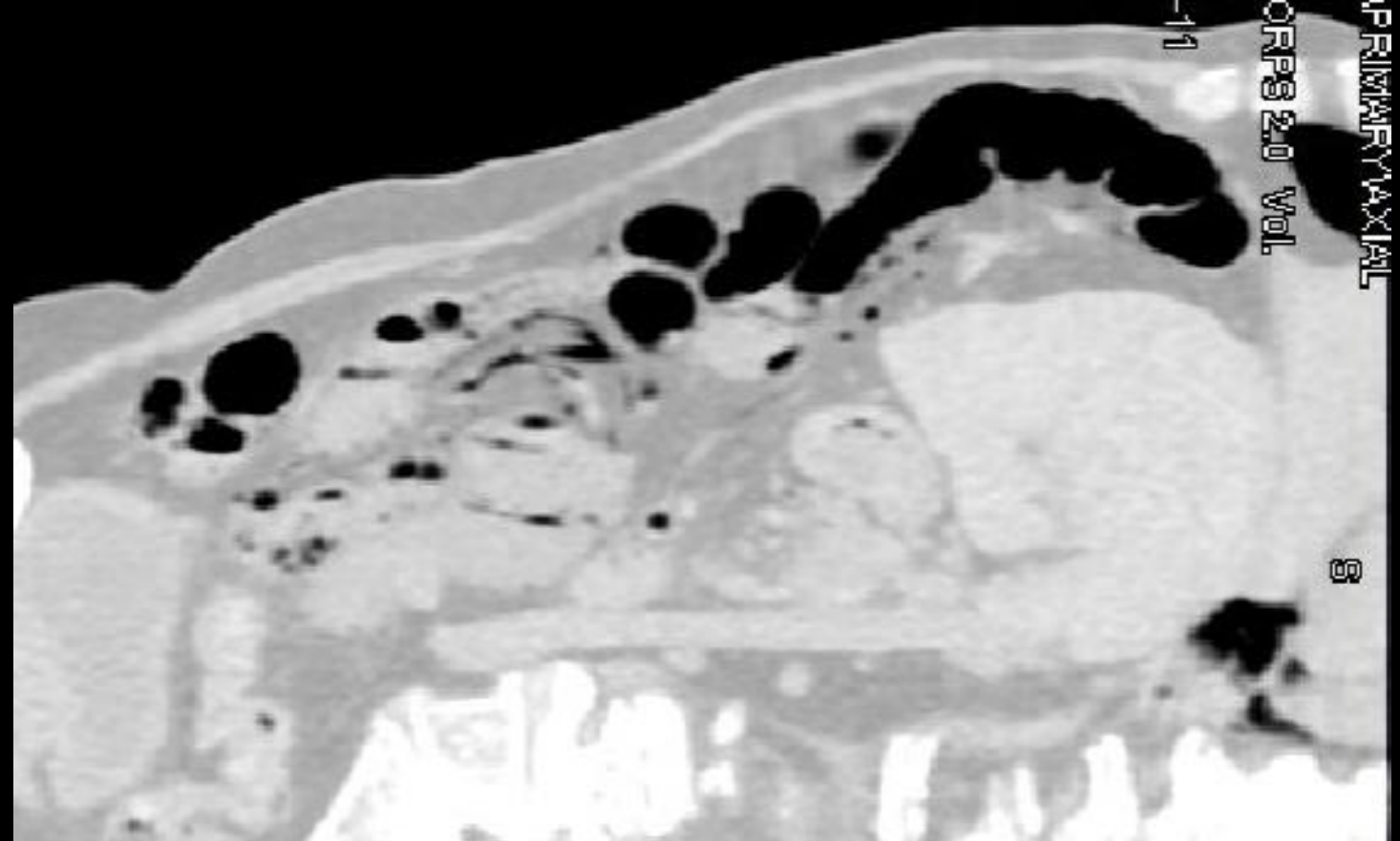
on peut conclure à une **pneumatose pariétale chronique de type kystique** par **pullulation microbienne** favorisée par une **probable hypoxémie** chez un patient insuffisant cardio-respiratoire



mais il faut répondre à la question suivante :

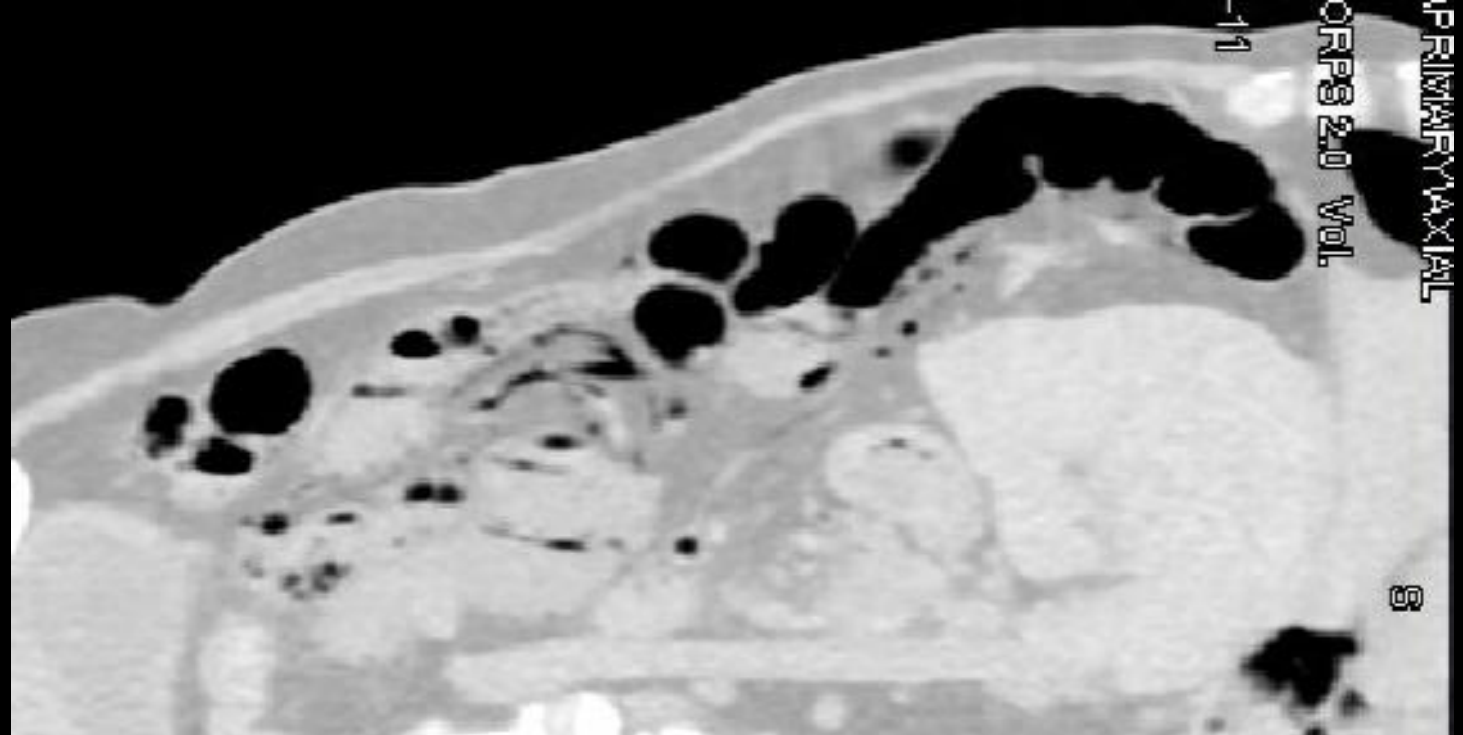
pourquoi, compte tenu de l'importance et de l'étendue de la pneumatose pariétale caeco-colique et grêle avec l'aéro-mésentérie veinulaire associée, n'a-t-on aucune trace de gaz dans l'axe veineux tronculaire mésentérico-portal et une aéroportie intra-hépatique minime ?





la réponses est dans ces 2 images !!

!

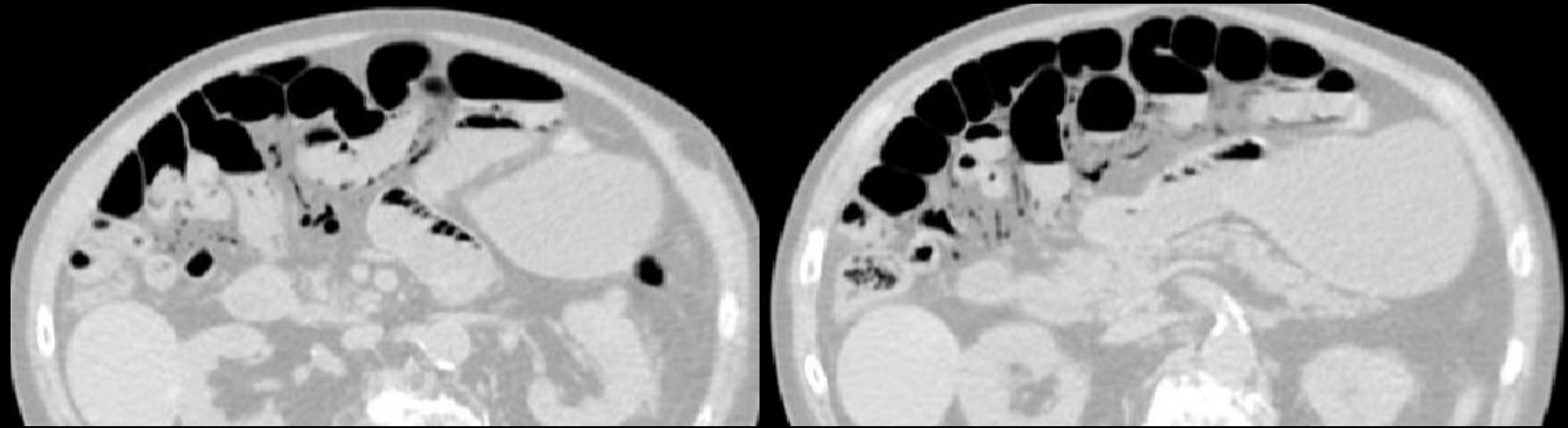


la réponse est dans ces 2 images identiques : coupes sagittales paramédianes, passant par le plan de l'aorte abdominale !!!

l'image de gauche est verticalisée, celle de droite est horizontalisée, correspondant au patient en decubitus

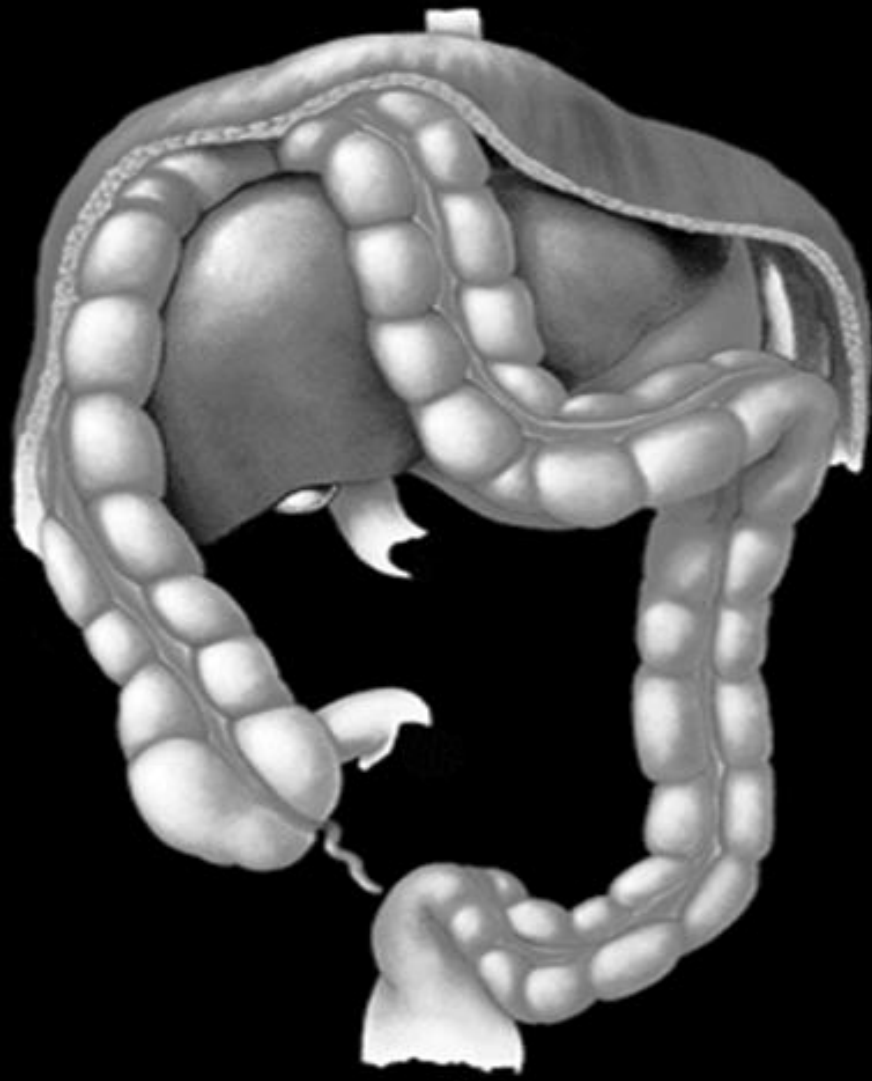
l'angle colique droit est interposé entre la face antérieure du lobe

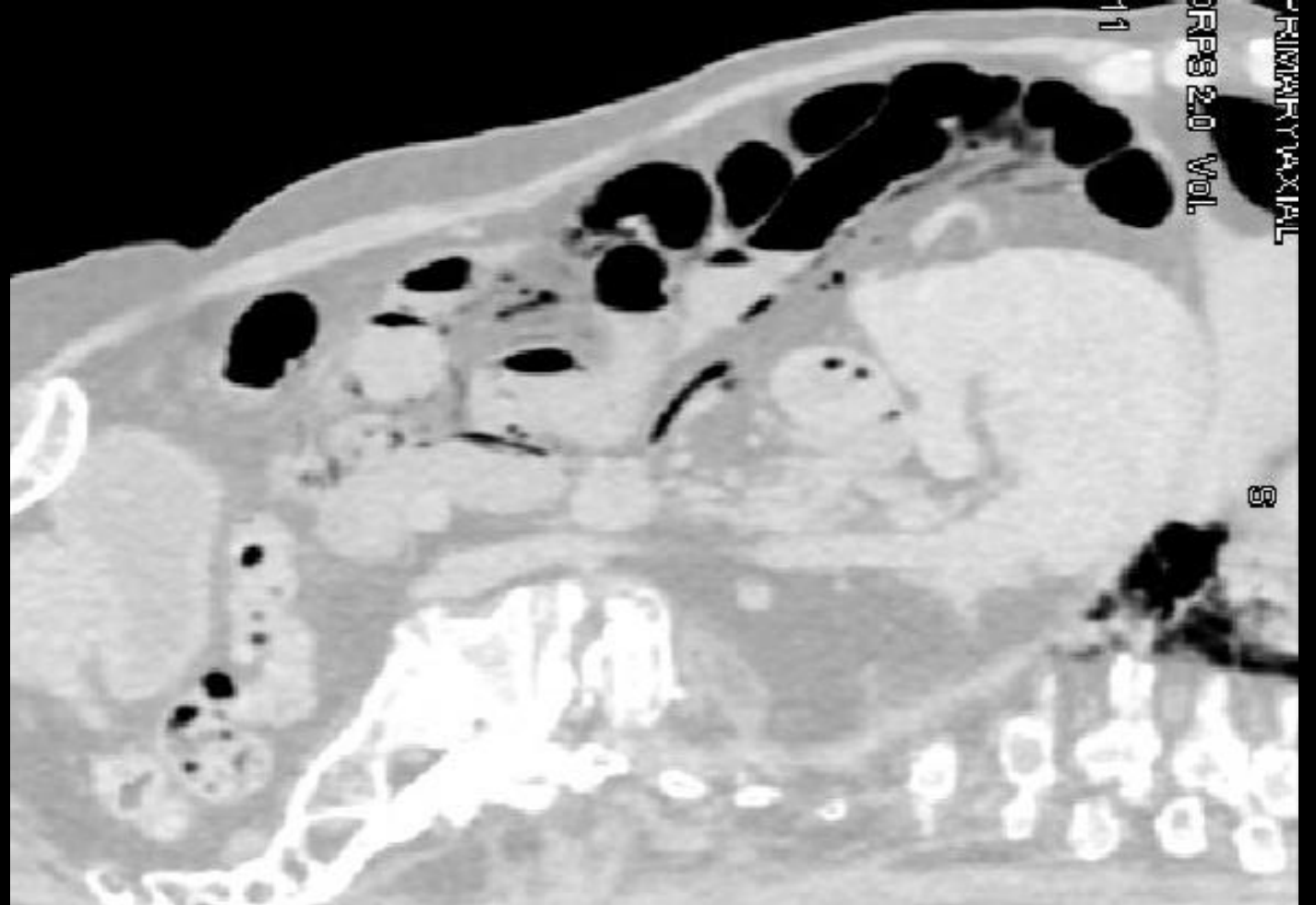
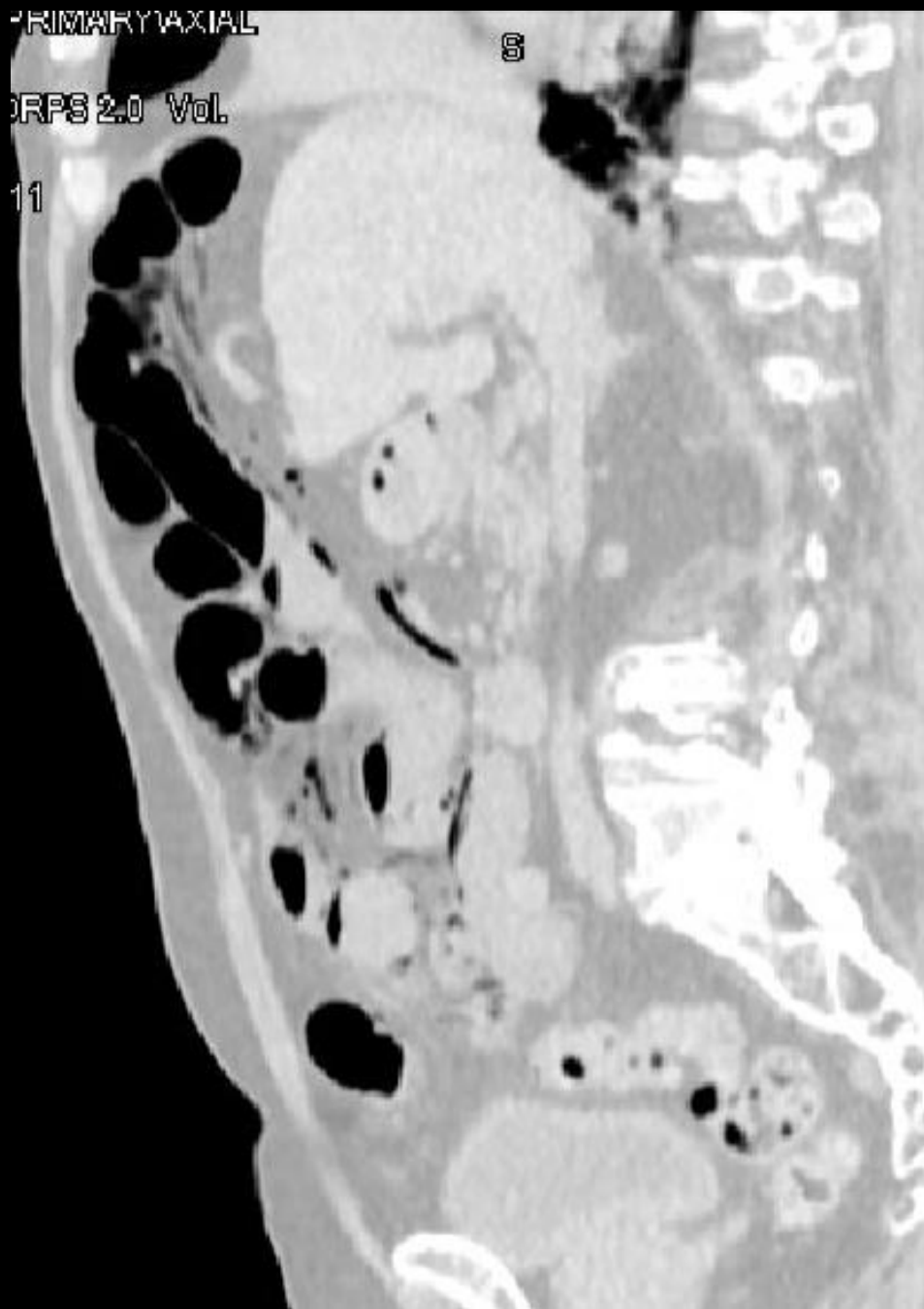
droit du foie et la paroi abdominale qui est de structure normale , non distendue . L'aspect est caractéristique d'un **syndrome de Chilaïditi**



il n'y a pas de doutes; toutes les images gazeuses intravasculaires sont des structures veineuses.

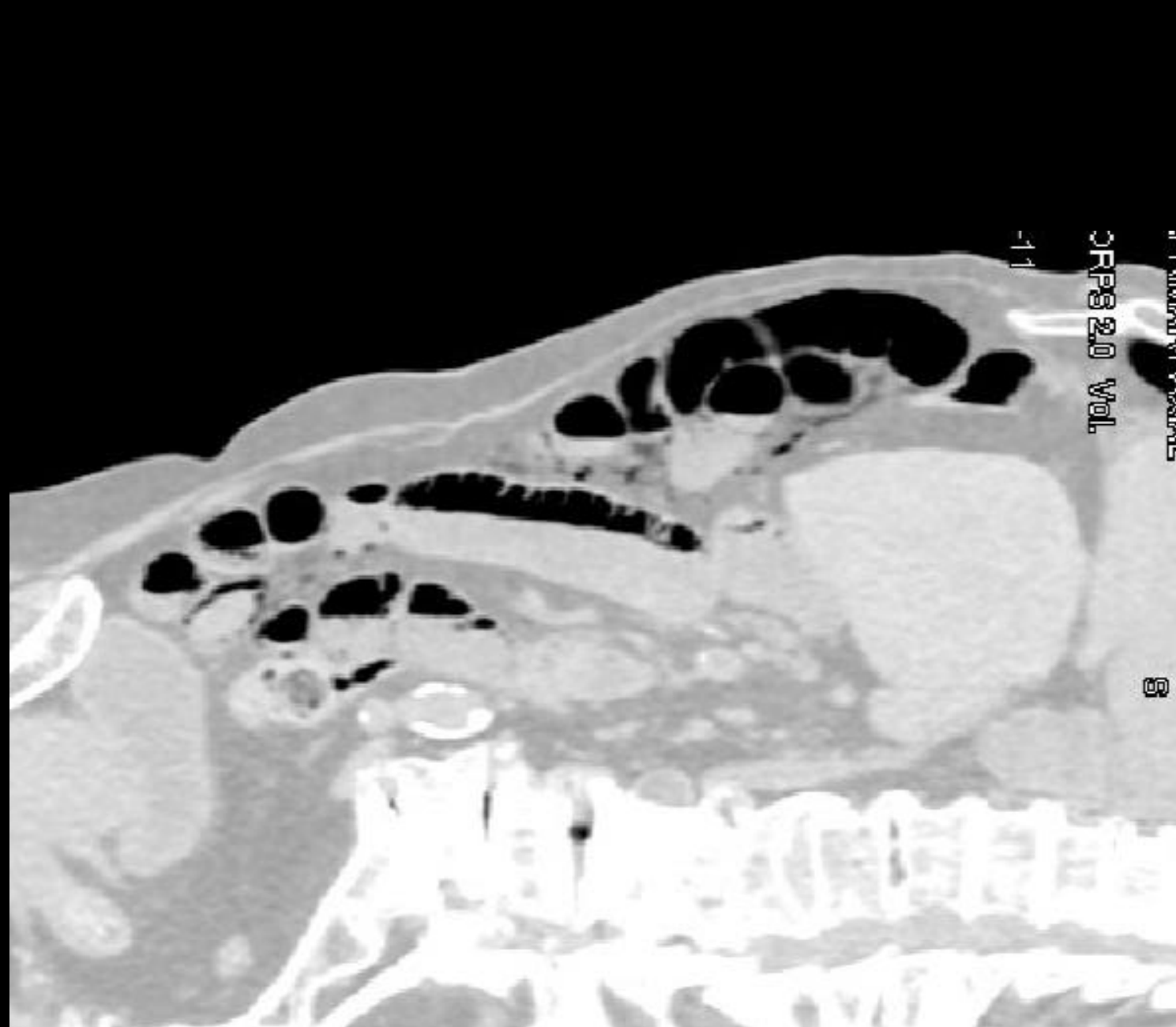
la distension des segments intestinaux, a priori liée à une pullulation microbienne touche tout le grêle (jéjunum et iléon) ainsi que le colon ascendant et l'angle colique droit; ce dernier étant en position très antérieure (donc haute en decubitus) en raison d'une **malposition de type Chilaïditi (angle droit interhépto-diaphragmatique)** constitue un volumineux vase d'expansion pour le gaz colique qui se dirige préférentiellement vers lui





sd de Chilaiditi

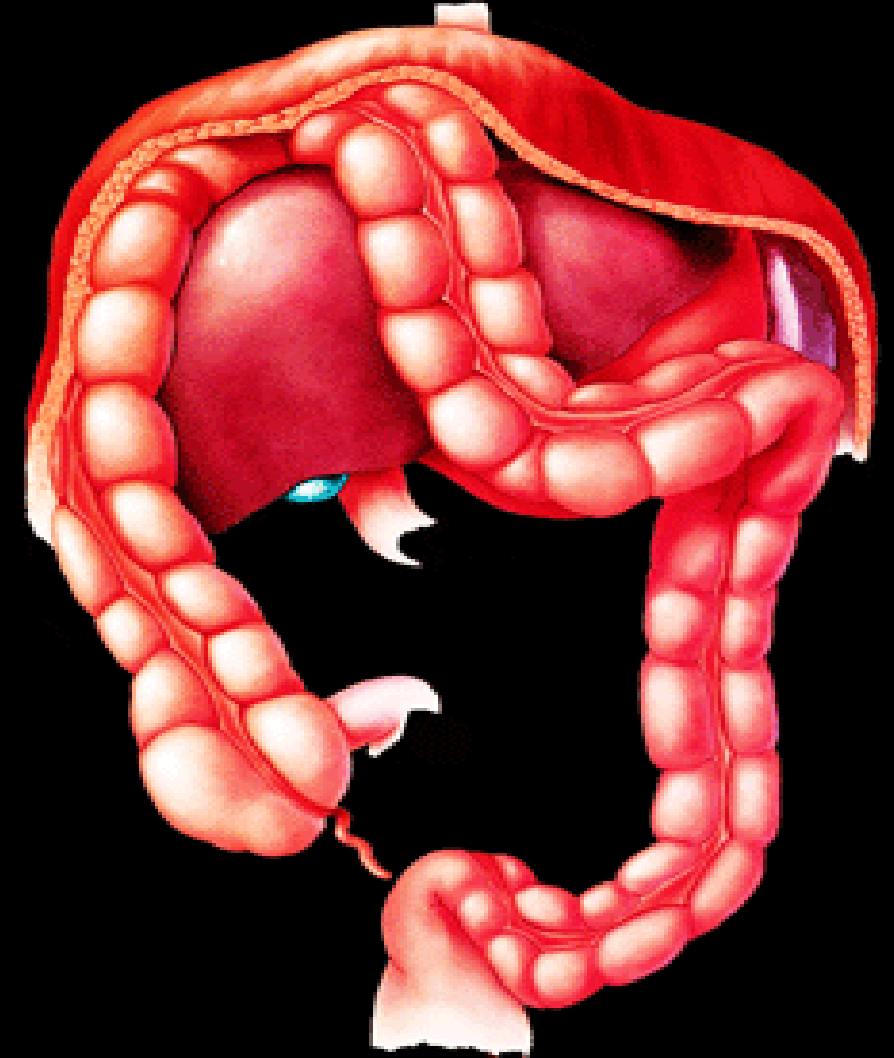
les structures intestinales distendues par les gaz produits par la pullulation microbienne , essentiellement au niveau de l'angle colique droit se positionnent en avant du foie droit donc en situation plus haute et plus antérieure que normalement



le syndrome de Chilaïditi ou interposition colique hépato-diaphragmatique droite

Initialement rapporté anatomiquement par Cantini en 1865 puis décrit radiologiquement par A. Béclère en 1899 et en 1911 par Demetrius Chilaïditi, né à Vienne mais d'origine grecque et de nationalité turque. Docteur en médecine de l'Université de Vienne en 1908, D. Chilaïditi se consacre à la radiologie dans un hôpital anglais d'Istanbul. Il devient consultant dans des hôpitaux français, grecs et italiens. Il sera le deuxième radiologue en exercice libéral de Constantinople et l'un des premiers membres de la société turque de radiologie.

Le syndrome de Chilaïditi est une interposition de l'intestin, généralement l'angle colique droit, entre le foie et le diaphragme. L'anomalie est le plus souvent asymptomatique et est alors dénommée **signe de Chilaïditi**



Radiologiquement, 3 éléments caractéristiques sont à rechercher:

.l'hémi-diaphragme droit est surélevé par rapport au foie,

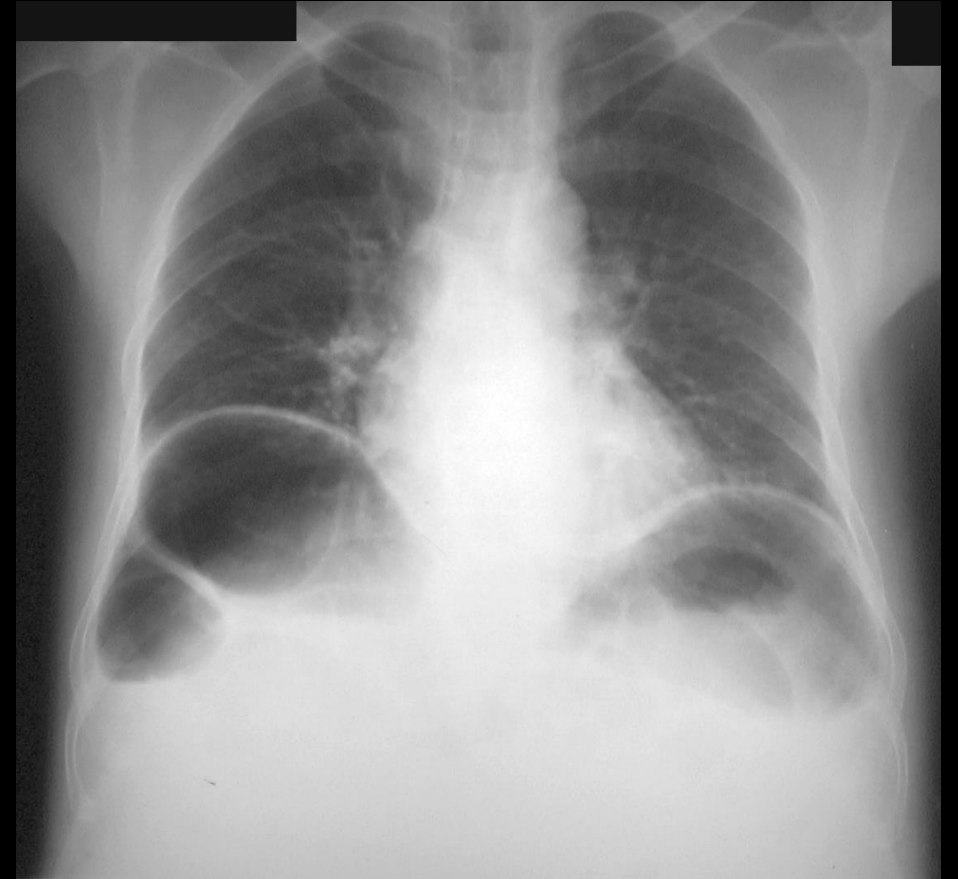
.l'angle colique droit est distendu par le gaz (issu du métabolisme bactérien),

.et la marge supérieure du foie est abaissée au dessous du niveau de l'hémi-diaphragme gauche.

Les haustrations coliques permettent le diagnostic différentiel avec un pneumopéritoine ou un abcès sous-phrénique

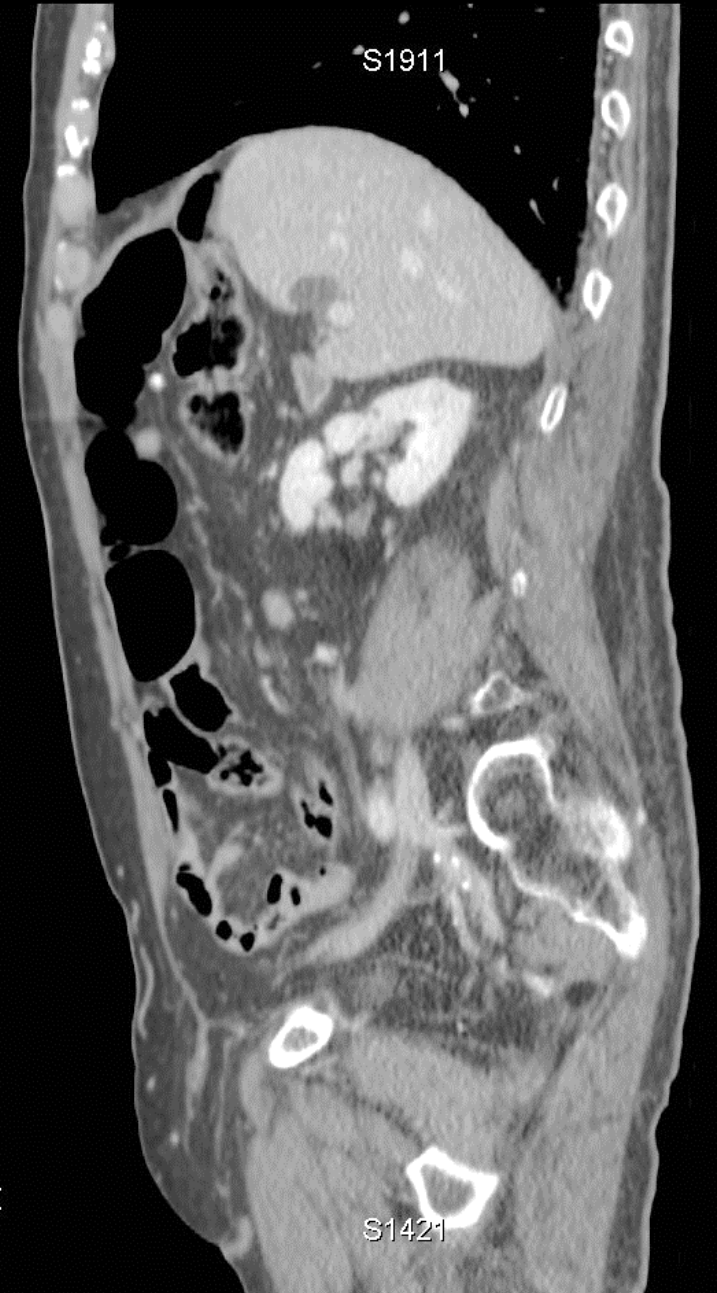
rare (0,025 à 0,28 % de la population), il est généralement observé chez les hommes SR 4/1, notamment âgés, institutionnalisés

l'incidence serait deux fois plus élevée en Chine et rapportée à une alimentation 2 fois plus riche en fibres

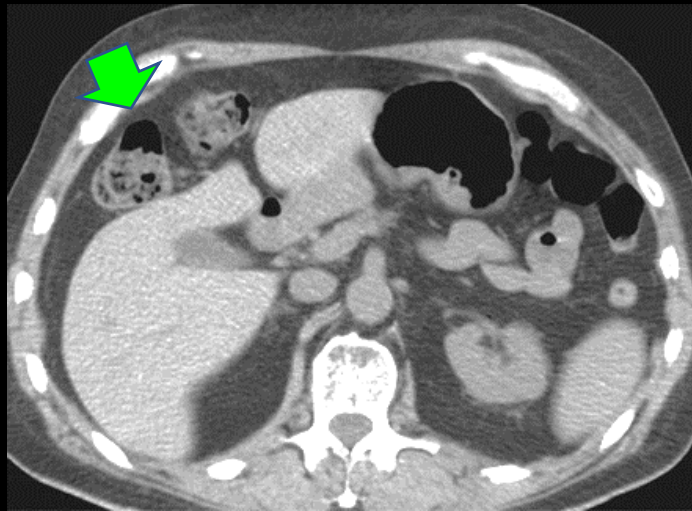
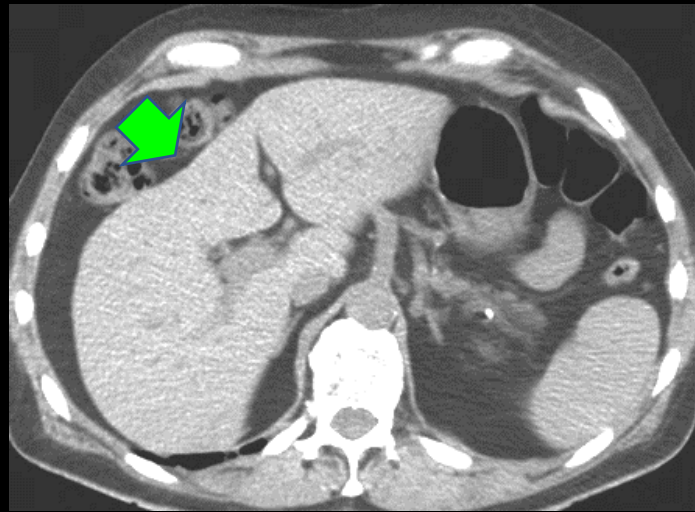
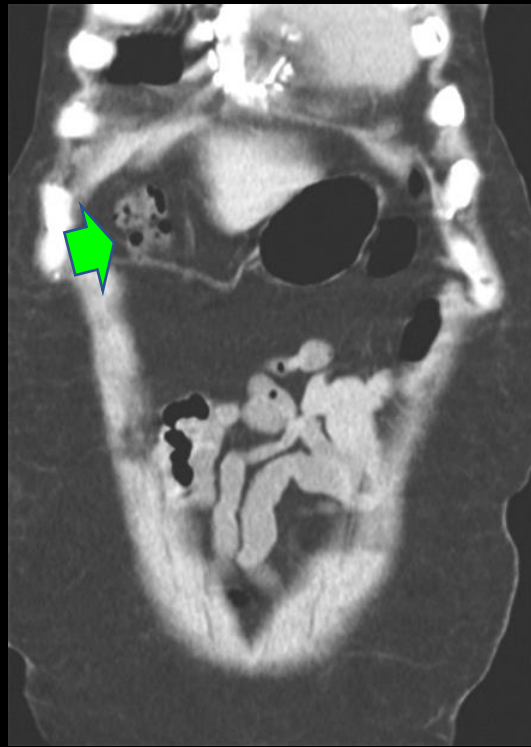
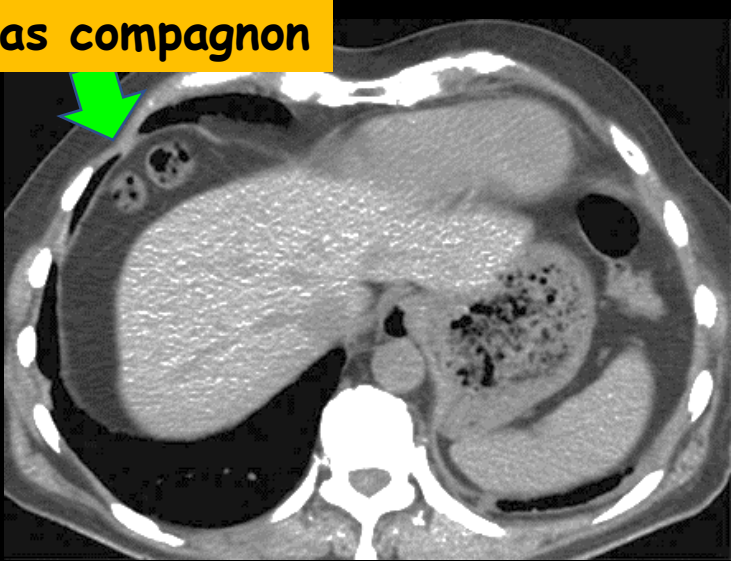


- **Facteurs favorisants:**

- Défaut d'accolement du côlon droit
- Foie de petite taille
- Augmentation des pressions abdominales



Cas compagnon



Types

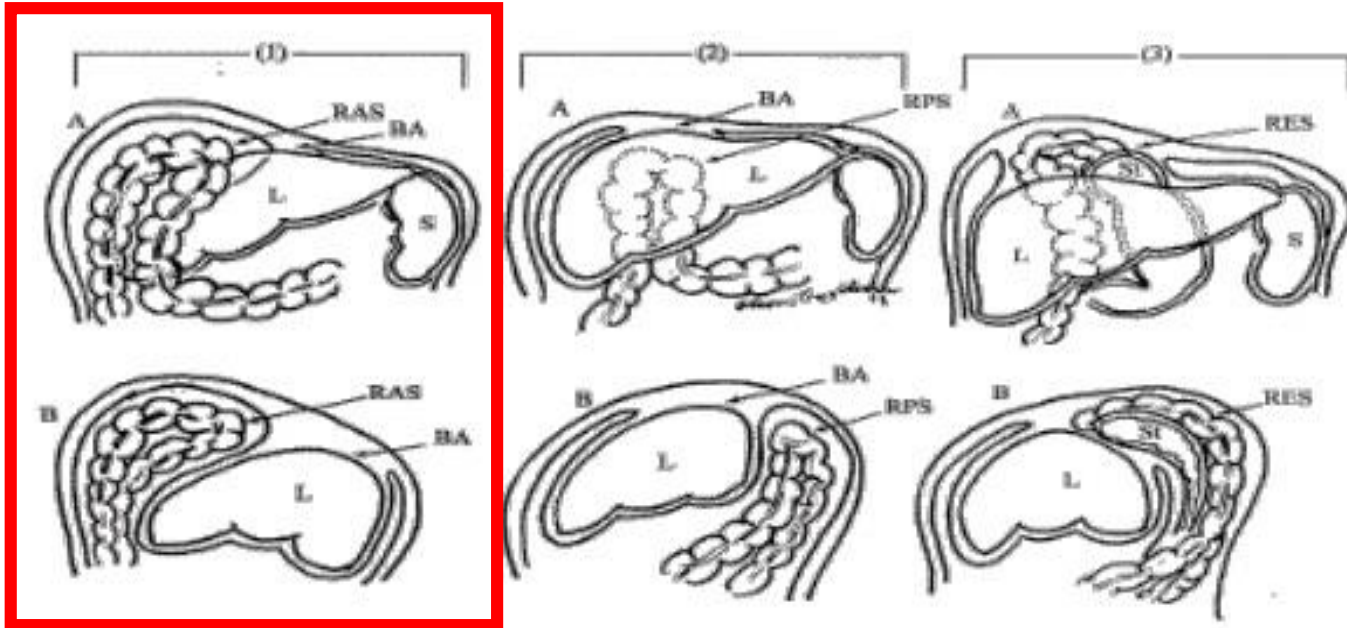


Fig. 1. These figures illustrate schematically the three types of hepatodiaphragmatic interposition (modified from Fukuchi Y et al [4]: 1) The hepatic flexure of transverse colon protrudes into the right anterior subphrenic space (Chilaiditi's syndrome). 2) The transverse colon protrudes into the right posterior subphrenic space (3). 3) The stomach and colon protrude into the right extraperitoneal subphrenic space (4). (A= frontal view, B= lateral view; BA = bare area; L = liver; RAS= right anterior subphrenic space; RPS= right posterior subphrenic space; RES= right extraperitoneal subphrenic space; S = spleen; St= stomach).

d'autres types d'interposition
hépato-diaphragmatique des
viscères creux ont été décrits, de
moindre intérêt clinique

le diagnostic différentiel : les pseudo-pneumopéritoines

ne concernent bien sur que l'imagerie conventionnelle par projection des abdomens urgents

le gaz gastro-intestinal:

- .les hernies diaphragmatiques (hiatales, antérieures,...)
- .le signe des pseudo-parois (accolement de parois d'anses distendues, au contact)

le gaz extra-intestinal

- .gaz rétropéritonéal
- .collections et abcès sous-phréniques inter hépato-diaphragmatiques

Au total

L'interposition inter-hépto-diaphragmatique de l'angle colique droit est souvent asymptomatique (signe de Chilaïditi).

Elle est facilement identifiée sur l'ASP et sur le scanner, mais gêne l'échographie hépatique. C'est le piège classique du faux pneumopéritoine droit, mais à l'inverse elle peut masquer un vrai pneumopéritoine.

En raison de sa position anormale, la malposition de l'angle colique hépatique peut se compliquer d'obstruction soit par hernie interne, soit par volvulus. Le caractère symptomatique lui fait attribuer la dénomination de syndrome de Chilaïditi

De multiples facteurs favoriseraient son apparition : constipation, obésité, ascite, cirrhose....Sa survenue récente doit faire rechercher une obstruction colique distale (cancer) ou une pseudo-obstruction